

Por Favor uso letra de molde

CERTIFICACION DE ELEGIBILIDAD PARA TEFAP

| | | | | |
|---------|--------|---------|--------------------|---------|
| Apeydo | Nombre | Inicial | Numero de telefono | |
| Comicio | Ciudad | Estado | Codigo Postal | Condado |

Certifico con mi firma que:

- Mi engresso bruto mensual y el de mi familia son iguales o menos que el limite que ha sido aprobado por el DHFS y el gobierno federal para participacion en este programa y por el numero de personas que viven en mi hogar como esta indicado en esta forma.
- Usare la mercancia que ha recibido del gobierno federal para mi hogar solamente.
- Yo descargo de cualquiera obligacion a cuya personas, agencia, del estado de Wisconsin, asi como el USDA/FNS del gobierno federal por los resultados en recibir esta comida.
- Yo entiendo que al hacer una certificacion falsa para obtener esta mercancia puedo ser sujeto a reembolsar al gobierno estatal por el valor de la mercancia o por recibir mercancia impropriamente. Entiendo que puedo ser sujeto a persecucion criminal bajo las leys estatles y federales.
- Reglas para aceptar y participar en este programa son las mismas para todos sin cosideracion ninguna por ser de otra raza, color, religion, origin nacional, edad, sexo, o incapacidad.
- Acomodamiento razonables pueden ser solicitados para participar en este programa.

Ingreso Maximo Para Recibir Mercancia De TEFAP

| Personas en la Familia | Ingreso Mensual |
|------------------------|-----------------|
| 1 | \$ 1,384 |
| 2 | \$ 1,869 |
| 3 | \$ 2,353 |
| 4 | \$ 2,837 |
| 5 | \$ 3,321 |
| 6 | \$ 3,805 |
| 7 | \$ 4,290 |
| 8 | \$ 4,775 |
| 9 | \$ 5,260 |
| 10 | \$ 5,745 |

Para cada persona adicional en familias que tiene mas de 10 persons agregue \$ 485.00 por mes.

| | FECHA | FIRMA del cliente | Personas en la Familia | | Necesita otro tipo de ayuda? | | Otra Informacion dado al cliente |
|-----|-------|-------------------|------------------------|------------------------|------------------------------|----|----------------------------------|
| | | | Adultos | Personas de menor edad | Si | No | |
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | |

| | | |
|---------------|-----------------|----------------------|
| Name - Pantry | Address -Pantry | Date Form Filled Out |
|---------------|-----------------|----------------------|